

診療情報開示申請書

年 月 日

地方独立行政法人 知多半島総合医療機構
知多半島総合医療センター 院長 殿

申請者	氏 名				
	生年月日	年	月	日	
	〒	－			
	住 所				
	連絡先	－	－		

下記のとおり診療情報の開示を申請します。

開示希望 内容	記録	☐ 診療録 ☐ 画像データ (CD/DVD)	
		☐ 検査結果・レポート ☐ その他 ()	
	期間	☐ 全期間 (診療記録のある期間全て)	
		☐ 期間 年 月 日 ~ 年 月 日	
		☐	
開示の方法		☐ 謄写 : 修正履歴 (要 ・ 不要) ☐ 閲覧	
申請者の区分		☐ 本人 ☐ 配偶者 ☐ 法定相続人	
		☐ 法定代理人 ☐ その他 ()	
患 者 本 人 の 氏 名 等 (患者本人以外が申請 する場合に記載)		フリガナ	
		氏 名	生年月日 年 月 日
		住 所	
		連絡先 ー ー	
		患者本人の状況	☐ 18歳以上 ☐ 18歳未満 ☐ 成年被後見人
			☐ 死亡 ☐ その他 ()

申請書受付者

記入例

診療情報開示申請書

年 月 日

地方独立行政法人 知多半島総合医療機構
知多半島総合医療センター 院長 殿

申請者

当院からご連絡しても差し支えない
番号を記入ください。

氏 名

生年月日 年 月 日

〒
住 所

連絡先

下記のとおり診療情報の開示を申請します。

開示希望 内容	記録	☐ 診療録 ☐ 画像データ (CD/DVD) ☐ 検査結果・レポート ☐ その他 ()
	期間	☐ 全期間 (診療記録のある期) ☐ 期間 年 月 ☐ 謄写 (写しの交付) を希望する場合は修正履歴の要・不要を選択して下さい。 要 : 修正前・修正後の両方が印字 不要 : 修正後 (最新版) のみ印字 ※要を選択したときの方が枚数が多くなります。
開示の方法		☐ 謄写 : 修正履歴 (要 ・ 不要) ☐ 閲覧
申請者の区分		☐ 本人 ☐ 配偶者 ☐ 法定相続人 ☐ 法定代理人 ☐ その他 ()
患者本人の 氏 名 等 (患者本人以外が申請 する場合に記載)		フリガナ 氏 名 生年月日 年 月 日 住 所 連絡先 - -
		患者本人の状況 ☐ 18歳以上 ☐ 18歳未満 ☐ 成年被後見人 ☐ 死亡 ☐ その他 ()

申請書受付者